10/10/2024

ITEM 25 : GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

GEU ou **grossesse ectopique** = implantation et développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine : situation fréquente (1 à 3% des grossesses, augmente dans les pays développés), potentiellement grave
- Localisations possibles : - **Tubaire** (majorité des cas) : **ampullaire** (70%), **isthmique** (20%), **pavillonnaire** (5%) ou **interstitielle**
  - Exceptionnellement : **ovarienne, abdominale, col** ou **isthme utérin, cicatrice de césarienne**
- Evolution : - **Distension** progressive de la trompe et érosion des vaisseaux tubaires → **hématosalpynx**
  - **Rupture tubaire** (par dilatation massive ou envahissement de la paroi par le trophoblaste) → **hémopéritoine**, puis **choc hypovolémique** pouvant conduire au **décès**

FdR

- **Lésion tubaire organique** : salpingite, GEU, chirurgie tubaire, chirurgie abdomino-pelvienne (sauf appendicectomie ou aspiration utérine non-compliquée), endométriose tubaire, compression extrinsèque (ADP…), malformation utérine ou tubaire (utérus Distilbène®…), tuberculose, bilharziose,
- **Lésion tubaire fonctionnelle : tabac** (avec une relation dose-effet)
- **Age maternel élevé > 35 ans**
- Contraception par **pilule microprogestative, DIU** (pas de réel surrisque, mais prévient moins les GEU que les GIU)
- **Fécondation in vitro** : 4 à 5% de GEU, avec risque de **grossesse hétérotopique** (GEU + grossesse intra-utérine)

Diagnostic

SF

- Triade clinique :
  . **Retard des règles** ou dernières règles inhabituelles
  . **Métrorragies** : foncées, peu abondantes, classiquement « sépia » / noirâtres
  . **Douleur pelvienne** latéralisée ou non du côté de la GEU
- **Signes sympathiques de grossesse** : nausée, vomissements, tension mammaire
- Autres : **malaise, angoisse, agitation, douleur scapulaire**
→ Une GEU peut être **asymptomatique**

SC

- Constantes : signes de choc hémorragique (1°signe = **tachycardie sinusale**)
- Palpation : **douleur provoquée ± signe d'irritation péritonéale** (défense, douleur à la décompression)
- Examen au spéculum : confirme l'origine endo-utérine des saignements
- TV : - Utérus plus petit par rapport au terme théorique
  - **Douleur latéro-utérine** (90%)
  - **Col** tonique et fermé
  - **Masse latéro-utérine douloureuse** (50%)
  - **Empâtement douloureux du cul-de-sac de Douglas**

PC

Dosage quantitatif de l'hCG

→ Elimine le diagnostic de grossesse (donc de GEU) si négatif
Seuil de discrimination au-delà duquel un sac intra-utérin doit être visible = **1500 UI/mL**
- Si < 1500 et localisation indéterminée (= GLI) → **cinétique du taux d'hCG + écho à 48h**
- Si > 1500 : GEU très probable en l'absence de sac intra-utérin

Cinétique du taux d'hCG à 48h (si GLI)	- **GEU** : stagnation, élévation insuffisante - **GIU** : doublement du taux à 48h - **Fausse couche spontanée** : diminution
DD	**hCG+** : GIU, fausse couche, môle hydatiforme **hCG-** : kyste hémorragique du corps jaune, saignement génital non-utérin, infection génitale haute, torsion d'annexe, cause uro (CN, IU)/dig (appendicite)

Echo endo-vaginale

Signe direct = **image annexielle latéro-utérine** de petite taille, situé à côté du corps jaune :
- **Sac gestationnel** contenant l'embryon (± activité cardiaque) et la vésicule vitelline
- **Hématosalpynx** : masse latéro-utérine hétérogène
- Recherche d'un **épanchement dans le cul de sac recto-utérin** +/- écho abdo pour recherche épanchement dans l'espace inter-hépato-rénal de Morisson

Signe indirect :
- **Vacuité utérine** (anormal si >5,5SA) avec endomètre épais, gravide ± épanchement du Douglas
- **Pseudo-sac intra-utérin** : centré dans la cavité, sans couronne trophoblastique
→ **Diagnostic quasi-certain** si **hCG > 1500 UI/L** avec **utérus vide** à l'échographie

Bilan

- Bilan standard : **NFS / Hémocue, bilan de coagulation, groupage sanguin/Rh, RAI, bHCG** (sérique ± sur BU)
- Bilan pré-méthotrexate si besoin : **NFS, bilan de coagulation (TP/TCA), bilan rénal et hépatique**

TTT

- Si patiente Rh- et conjoint Rh+ : **prévention de l'allo-immunisation** materno-fœtale par **Ig anti-D** dans les 72h

TTT chirurgical

= Par **coelioscopie** (référence) ou **laparotomie** (si instabilité hémodynamique ou échec de la coelio)
- Information de la patiente : risque de salpingectomie, transfusion, conversion en laparotomie, plaie…
- TTT en urgence, après conditionnement/bilan préopératoire (groupage, RAI), analgésie, remplissage ± CGR :
Exploration : diagnostic, localisation, facteurs favorisants (adhérences, signes d'IGH), état tubaire controlatéral
TTT conservateur : **salpingotomie** (ouverture de la trompe) et **aspiration** (échec dans 6 à 15%)
TTT radical : **salpingectomie** (ablation de la trompe) si trompe atteinte très endommagée / saignement important
→ Si trompe controlatérale saine = fertilité identique, sinon : possible nécessité de FIV ultérieure
Examen anatomo-pathologique systématique de la trompe et de la grossesse
- Vérification de la **négativation de l'hCG** en cas de traitement conservateur, 1/ semaine jusqu'à négativation.

10/10/2024

<table>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td rowspan="2">TTT chirurgical</td><td>Indication</td><td colspan="2">- GEU symptomatique :
. Instabilité hémodynamique, perte de connaissance, malaise
. Défense ou contracture abdominale
. Hémopéritoine à l'échographie
- Signes de gravité : hCG > 10 000 ou douleurs importantes ++
- Hématosalpynx > 4 cm à l'échographie
- Contre-indication ou refus du méthotrexate : insuffisance hépatique ou rénale
- Impossibilité de suivi ambulatoire</td></tr>
<tr><td colspan="3">Méthotrexate (1 mg/m^2 IM) : lyse chimique de la grossesse, élévation possible de l'hCG jusqu'à J4 ➝ 25% d'échec
- Information de la patiente :
. Effets indésirables notamment rénaux, hépatiques, cutanés, respiratoires : leucopénie, anémie, thrombopénie, mucite, nausées, diarrhée, augmentation des ASAT/ALAT, insuffisance rénale, prurit, érythème, photosensibilisation, pneumopathie interstitielle
. Possible sensibilité/douleur du côté de la GEU à J3 (par remaniement nécrotique)
. Consultation en urgence en cas de douleur abdominale importante ou de malaise : risque de rupture tubaire
- Surveillance clinique, si symptômes fonctionnels = examen clinique + échographie en urgence
+ Surveillance de la décroissance du taux d'hCG : J0, J4 puis 1/semaine jusqu'à négativation :
. Echec si taux de bHCG à J7 > J0, ou > 85% du taux de J4
. Guérison si hCG indétectable (à 1 mois environ)
- En cas d'échec (25%) : 2nd injection de méthotrexate à 1 semaine ou coelioscopie (à privilégier si ATCD de GEU)
➝ A privilégier dès que possible : risque de stérilité inférieur au traitement chirurgical
- Pas de délai à respecter avant une nouvelle conception ($t_{1/2}$ d'élimination plasmatique = 3-4h)
- Pour les localisations : interstitielles, cervicales ou sur cicatrice de césarienne : MTX peut être fait in situ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT médical</td><td>Indication recommandée</td><td colspan="2">- GEU visible à l'échographie
- hCG < 10 000 mUI/mL
- GEU pauci- ou asymptomatique
- Patiente compliante</td></tr>
<tr><td>Contre-indications</td><td colspan="2">- Mauvaise compliance/compréhension, difficulté de surveillance (observance, isolement…)
- Antécédent de GEU homolatérale (risque d'échec)
- Diagnostic incertain, refus de la patiente (choix d'un traitement chirurgical)
- Masse latéro-utérine > 4 cm à l'échographie
- Indication chirurgicale : β-hCG >10 000, rupture tubaire suspectée, instabilité hémodynamique, hémopéritoine important, embryon avec activité cardiaque
- Allaitement
- Bilan pré-thérapeutique anormal : thrombopénie < 50 000/mm^3 ; leucopénie < 2 000/mm^3 ; anémie avec Hb < 9 g/dL, insuffisance rénale (ClCr < 30 ml/min), insuffisance hépatique, trouble de la coagulation, prise d'anticoagulant (CI à l'injection IM)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Abstention</td><td colspan="2">= Envisageable si faible taux d'hCG < 1000 de cinétique décroissante constante, GEU asymptomatique, patiente informée et compliante
- Surveillance de la décroissance du taux d'hCG /48h jusqu'à négativation + clinique et écho 1/semaine
- Traitement médical ou chirurgical en cas de stagnation ou d'ascension</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pronostic</td><td colspan="2">- Risque de récidive important (10 à 30% quel que soit le TTT) : sevrage tabagique, dépistage/TTT des IST pour la patiente et son partenaire, échographie précoce pour la grossesse suivante
- Risque de stérilité tubaire
- Contraception : privilégier un oestroprogestatif (bloque l'ovulation), éviter les microprogestatifs
- Soutien psychologique à mettre en place si besoin
- Supplémentation martiale/transfusion si anémie</td></tr>
</table>